

婦人科の診察を受けられる方へ

ID

受診日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所 〒 (      -      )	職業
電話番号 (      )      -	携帯電話 (      )      -

★本日、治療を希望される項目のみ○を入れて下さい

- ・子宮癌検査 ( 頸部・体部 )
- ・HPV (ヒトパピローマウイルス) 検査
- ・経膈超音波検査      ・ホルモン採血
- ・性感症検査      ・骨密度測定
- ・不正出血 (いつから      )
- ・月経症状 ( 不順・痛み・量 )
- ・おりものの症状 (量が多い・におい・色)
- ・月経痛以外の痛み (場所:      )
- ・月経前の不調 (イライラ・気分の落ち込み・腰痛・頭痛・むくみ・その他      )
- ・月経が遅れている →妊娠の可能性ありますか ( はい・いいえ )
- ・外陰部の異常 ( かゆみ・痛み・できもの・性交痛・下がった感じ )
- ・月経症状によるピル希望      ・避妊相談 (ピル・ミレーナ・緊急避妊)
- ・更年期症状の治療
- ・プラセンタ療法
- ・月経をずらしたい (避けたい日      /      ~      /      : 次回月経予定日      /      ~      )
- ・排尿症状 (排尿時痛・残尿感・もれ・頻尿・その他      )
- ・その他 (      )

★月経についてお尋ねします

初経 (      歳) 閉経 (      歳)      月経周期      順 (      日型)・不順  
 一番最近の月経 (      年      月      日 ~      日間)  
 月経出血量 (多い・塊がある・普通・少ない)      月経痛 (強・普通・弱・無)

★あなたについてお尋ねします

今までに手術を受けたことがありますか  
 ・ない      ・ある (      )

現在治療中の病気はありますか  
 ・ない      ・ある (      )

子宮がん検診を受けたことがありますか      ・ない      ・ある (      年      月頃      頸部・体部)

婦人科の病気にかかれたことがありますか  
 ・ない      ・ある (      )

※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

アレルギーはありますか      ・ない      ・ある (      )

喫煙 (      本/日)      飲酒 (週      回)      運動 (      )

妊娠 (      回)      出産 (      回)

性交 (セックス) の経験はありますか      ・ない      ・ある